



Perspectivas cualitativas sobre el autocuidado y control glucémico en personas Indígenas con Diabetes Mellitus tipo 2: Revisión sistemática

Qualitative Perspectives on Self-Management and Glycemic Control of Type 2 Diabetes in Indigenous Peoples: A Systematic Review and its relationship with associated factors

Autores: María de los Angeles Paz Morales *  (1); Jhonatan del Jesus Requena Estrella  (2); Juana Mercedes Gutiérrez Valverde  (3); Velia Margarita Cárdenas Villarreal  (4).

* **Dirección de contacto:** maria.pazmr@uanl.edu.mx

Enfermera. Universidad Autónoma de Nuevo León (Nuevo León, México).

Resumen

Introducción. La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) afecta de manera desproporcionada a las poblaciones indígenas, quienes enfrentan barreras culturales, estructurales y sociales que dificultan un control glucémico efectivo. Este fenómeno ha sido ampliamente documentado en escenarios de inequidad en salud, donde los modelos de atención convencionales no siempre responden a la diversidad cultural. **Objetivo:** Analizar y sintetizar cualitativamente la evidencia disponible sobre la relación entre la autogestión y el control glucémico en personas indígenas con DM2. **Metodología.** Se efectuó una revisión sistemática siguiendo la guía PRISMA 2020. Se incluyeron estudios cualitativos publicados entre 2010 y 2024, en inglés o español, que abordaran autocuidado y control glucémico en adultos indígenas con DM2. Las búsquedas se realizaron en PubMed, Scopus, SciELO y Web of Science. La calidad metodológica fue evaluada con la herramienta CASPe. **Resultados.** De 528 estudios identificados, 14 cumplieron los criterios de inclusión. Los hallazgos se agruparon en cuatro categorías: saberes tradicionales, barreras estructurales y lingüísticas, apoyo familiar y comunitario, y adaptación cultural de intervenciones. **Discusión.** El autocuidado de la DM2 en comunidades indígenas se encuentra condicionado por factores identitarios, comunitarios y estructurales. Las intervenciones culturalmente adaptadas demostraron mayor efectividad para mejorar control glucémico y adherencia al tratamiento.

Es fundamental incorporar elementos culturales, educación intercultural y participación comunitaria para favorecer el autocuidado. Se sugiere promover modelos de atención intercultural que integren conocimiento biomédico y comunitario, reconozcan la diversidad cultural y fomenten la participación indígena en el diseño de programas de salud.

Palabras clave

Diabetes Tipo 2; Autocuidado; Control Glucémico; Pueblos Indígenas; Revisión Sistemática.

Abstract

Introduction. Type 2 Diabetes Mellitus (T2DM) disproportionately affects Indigenous populations, who face cultural, structural, and social barriers that hinder effective glycemic control. This issue has been widely documented in contexts of health inequity, where conventional care models do not always respond to cultural diversity. **Objective:** To qualitatively analyze and synthesize the existing evidence on the relationship between self-care and glycemic control in Indigenous people with T2DM. **Methodology.** A systematic review was conducted following the PRISMA 2020 guidelines. Qualitative studies published between 2010 and 2024, in English or Spanish, that explored self-care and glycemic control in adult Indigenous individuals with T2DM were included. Searches were performed in PubMed, Scopus, SciELO, and Web of Science. Methodological quality was assessed using the CASP tool. **Results.** Out of a total of 528 studies identified, 14 met the inclusion criteria. Emerging themes were organized into four main categories: traditional knowledge, structural and linguistic barriers, family and community support, and culturally adapted interventions. **Discussion.** The findings indicate that self-care in T2DM among Indigenous populations is deeply influenced by identity-related, community, and structural factors. Culturally adapted interventions were the most effective in improving glycemic control and treatment adherence.

It is essential to incorporate cultural elements, community participation, and intercultural education to enhance self-care and glycemic control. It is recommended to promote care models that recognize cultural diversity and encourage Indigenous communities' involvement in the design of health strategies. Intercultural care models that integrate biomedical and community knowledge, recognize cultural diversity, and foster Indigenous participation in the design of health programs are recommended.

Keywords

Type 2 Diabetes, Self-Management, Glycemic Control, Indigenous Peoples, Systematic Review.

INTRODUCCIÓN

La diabetes tipo 2 (DT2) es una de las enfermedades crónicas no transmisibles con mayor prevalencia a nivel mundial, constituyendo un problema de salud pública de gran magnitud debido a su impacto en la morbilidad, mortalidad y calidad de vida de quienes la padecen (1). Esta enfermedad se caracteriza por una alteración del metabolismo de la glucosa, resultado de la resistencia a la insulina y la disfunción progresiva de las células beta pancreáticas, y su manejo requiere un control integral que abarque alimentación, actividad física, monitoreo metabólico y adherencia al tratamiento farmacológico (2,3).

Las personas pertenecientes a comunidades indígenas enfrentan una carga desproporcionada frente a la DT2, derivada de una combinación de factores históricos, estructurales, sociales y culturales (4,5). La marginación histórica, la pobreza, la discriminación en el sistema de salud y las barreras lingüísticas y geográficas condicionan un acceso limitado a servicios de atención médica, seguimiento terapéutico y educación para la salud (6,7). Además, las prácticas de salud tradicionales y la cosmovisión propia de cada comunidad influyen en la manera en que estas poblaciones perciben la enfermedad y adoptan comportamientos de autocuidado (8). Por ello, los enfoques convencionales de manejo de la diabetes pueden resultar insuficientes o poco pertinentes, generando desigualdades en la prevención de complicaciones y el control glucémico (9).

La autogestión de la diabetes implica un conjunto de conductas, conocimientos y habilidades que permiten a las personas con DT2 asumir un rol activo en el manejo de su enfermedad, promoviendo la prevención de complicaciones y la mejora de su calidad de vida (10). Sin embargo, las estrategias estándar de autogestión rara vez consideran los contextos socioculturales, las tradiciones, la estructura familiar y las prácticas comunitarias de los pueblos indígenas, lo que limita su eficacia y sostenibilidad a largo plazo (11,12).

Estudios recientes han mostrado que las intervenciones culturalmente adaptadas pueden mejorar significativamente el apego terapéutico, la adherencia al tratamiento y los resultados en salud, incluyendo el control glucémico (13,14). Dichas estrategias incorporan elementos de identidad cultural, saberes tradicionales, participación comunitaria, respeto por las lenguas originarias y dinámicas familiares, generando un enfoque de cuidado más integral y respetuoso (15,16). No obstante, persiste una brecha de conocimiento sobre cuáles son los modelos más efectivos y culturalmente pertinentes para promover la autogestión de la DT2 en estas poblaciones, así como sobre la mejor manera de combinar los enfoques biomédicos con los conocimientos locales (17).

El presente trabajo tiene como propósito sintetizar la literatura científica disponible sobre la relación entre la autogestión de la DT2 y el control glucémico en poblaciones indígenas, identificando factores facilitadores y barreras, y proponiendo recomendaciones para el diseño de intervenciones culturalmente apropiadas (18). La integración de perspectivas indígenas y prácticas de salud tradicionales

no solo fortalece la eficacia de los programas de manejo de la diabetes, sino que también contribuye a la equidad sanitaria y al reconocimiento de los derechos culturales en el ámbito de la salud pública (19).

METODOLOGÍA

Criterios de selección de los estudios

Se incluyeron estudios cualitativos originales publicados entre enero de 2010 y abril de 2024 que exploraran la autogestión y el control glucémico en poblaciones indígenas adultas diagnosticadas con DT2. Los estudios debían estar publicados en inglés o español y abordar experiencias, percepciones o estrategias de autocuidado culturalmente contextualizadas. En total, se revisaron 14 artículos provenientes de Canadá, Estados Unidos, Australia y Nueva Zelanda, lo que refleja la concentración de la investigación en países de altos ingresos con poblaciones indígenas históricamente marginadas y, al mismo tiempo, evidencia la escasez de literatura en América Latina (2,3,5,6,8,12-14,17,18,20).

Las edades de los participantes oscilaron entre los 30 y 75 años, con una media general de 50–55 años, lo que corresponde al grupo etario en el que la DT2 presenta mayor prevalencia y riesgo de complicaciones (11). La mayoría de que con predominio femenino, dado que las mujeres suelen participar más en programas comunitarios y entrevistas cualitativas (12,13,18). En términos sociodemográficos, se describieron altos niveles de desempleo, bajos ingresos familiares y limitado acceso a servicios de salud, factores que condicionan negativamente el autocuidado (3,5,6).

En cuanto a la prevalencia, los artículos revisados reportaron cifras notablemente más elevadas que en la población no indígena. En comunidades indígenas canadienses, las tasas de DT2 alcanzaron entre 15% y 19% en adultos, frente a un 7–8% en la población general (12,13). En Estados Unidos, los estudios sobre nativos americanos y comunidades de Alaska indicaron que la prevalencia podía duplicar la media nacional, con cifras de 20–25% frente a 10–12%, además de presentarse a edades más tempranas (14,17). En Australia, se documentaron prevalencias cercanas al 18–22% en adultos aborígenes, con una carga de enfermedad que se manifestaba incluso en menores de 40 años (3,8). Estos datos revelan la magnitud de la inequidad en salud, ya que en muchos casos la DT2 aparece una o dos décadas antes que en poblaciones no indígenas (10,11).

La revisión también identificó que, además de la prevalencia, las complicaciones relacionadas con el mal control glucémico (retinopatía, nefropatía, amputaciones) son más frecuentes y graves en comunidades indígenas, lo cual fue señalado en diversos estudios (6,17).

Procedimientos de búsqueda

La estrategia de búsqueda se diseñó conforme a las directrices PRISMA. Se realizaron búsquedas sistemáticas en las bases de datos PubMed, Scopus, SciELO y Web of Science utilizando términos MeSH y palabras clave relacionadas: “Type 2 Diabetes Mellitus”, “Self-Management”,

“Indigenous Peoples”, “Cultural Competency”, “Glycemic Control”. Se aplicaron filtros por idioma (inglés y español), tipo de estudio (cualitativos) y año de publicación (2010-2024). Se utilizó la herramienta Rayyan QCRI para el cribado de títulos, resúmenes y texto completo.

Codificación de las variables

Para cada estudio incluido, se extrajeron los siguientes datos: autores, año de publicación, país o región, grupo étnico indígena, objetivos del estudio, diseño cualitativo, métodos de recolección de datos, principales hallazgos, y conclusiones. La codificación temática se realizó mediante análisis de contenido inductivo y deductivo.

Estrategia de búsqueda (ejemplo en PubMed): (“Type 2 Diabetes Mellitus”[MeSH] OR ‘Diabetes Mellitus, Type 2’) AND (‘Self-Management’[MeSH] OR ‘Self Care’ OR ‘Self-Management’) AND (‘Indigenous Peoples’[MeSH] OR ‘Indigenous’ OR ‘First Nations’ OR ‘Aboriginal’) AND (‘Qualitative Research’[MeSH] OR ‘qualitative’ OR ‘interview’ OR ‘focus group’)

Se aplicaron filtros por idioma (inglés, español), tipo de estudio (cualitativos) y fechas (2010–2024). Las búsquedas completas y fórmulas usadas en cada base están disponibles como [Anexo 1](#) (fórmulas completas por base).

Selección de estudios: Dos revisores independientes realizaron cribado de títulos, resúmenes y textos completos utilizando Rayyan QCRI para agilizar el proceso y gestionar conflictos. Las discrepancias se resolvieron por consenso.

Seguimiento de directrices PRISMA y registro

Diseño: Revisión sistemática cualitativa conforme a PRISMA 2020. El protocolo fue registrado en INPLASY (INPLASY20250600123).

Fuentes y periodo de búsqueda: PubMed, Scopus, SciELO y Web of Science; periodo 2010–2024. El rango se estableció para incorporar literatura que permitiera observar transformaciones recientes en modelos de atención intercultural, aunque se discute como limitación la amplitud temporal.

RESULTADOS

La búsqueda sistemática arrojó un total de 528 registros. Tras la eliminación de duplicados (n=112), se examinaron 416 títulos y resúmenes, de los cuales 72 fueron seleccionados para lectura a texto completo. Finalmente, 14 estudios cumplieron con los criterios de inclusión y fueron incorporados en el análisis cualitativo ([Figura 1](#)).

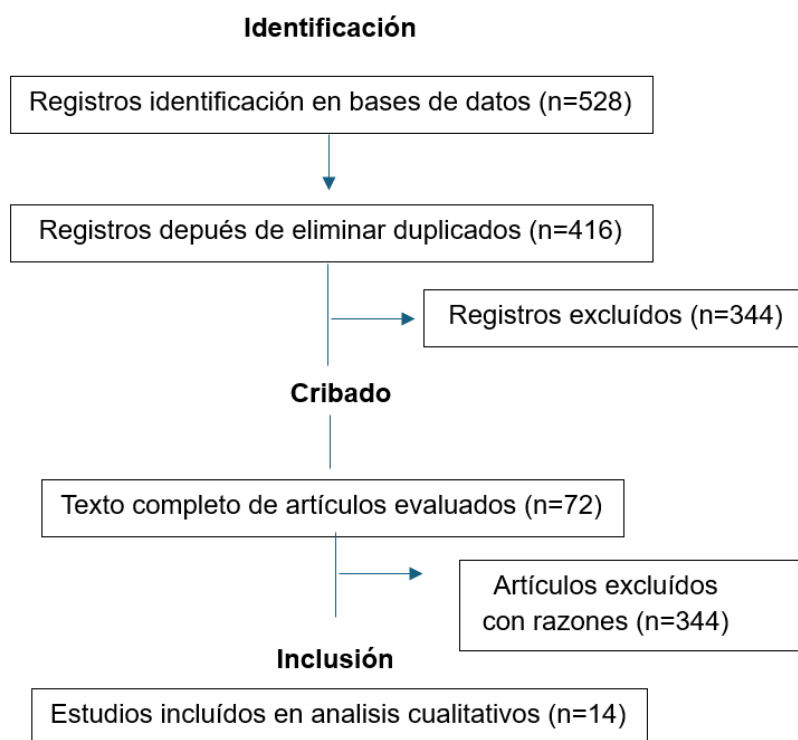


Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA del proceso de selección de estudios para la revisión sistemática.

Nota: Diagrama adaptado del modelo PRISMA 2020 para revisiones sistemáticas. El número total de registros, exclusiones y artículos incluidos se presenta según el proceso de identificación, cribado e inclusión.

Distribución geográfica y metodológica: Los 14 estudios incluidos se desarrollaron en los siguientes países: Canadá (n=4), Estados Unidos (n=2), Australia (n=3), México (n=1), Guatemala (n=1), Nueva Zelanda (n=1), y otros/estudios multicéntricos (n=2). Las metodologías cualitativas incluyeron: entrevistas semiestructuradas

(n=9), grupos focales (n=5), observación participante/etnografía (n=3). (Los conteos no son mutuamente excluyentes).

A continuación, se presenta una tabla resumen de los estudios incluidos (Autor, año, país, población, diseño, hallazgos principales).

Autor (año)	País	Población (n/tipo)	Diseño/metodología	Tema central	Hallazgos principales
Jacklin KM et al. (2017)	Canadá	Adultos indígenas con DM2	Entrevistas en profundidad	Experiencias de atención y barreras culturales	Comunicación limitada e insatisfacción con servicios de salud
Jacklin KM et al. (2020)	Canadá	Comunidades indígenas	Meta-síntesis cualitativa	Perspectivas comunitarias sobre autocuidado	Importancia del contexto cultural y apoyo comunitario
Sherman M & Hirsh J (2018)	Canadá	Comunidades aborígenes	Grupos focales	Conocimientos tradicionales y manejo de DM2	Uso de plantas medicinales y prácticas tradicionales coexistentes con biomedicina
Browne AJ et al. (2016)	Canadá	Pacientes indígenas	Estudio etnográfico	Equidad en atención primaria	Necesidad de atención orientada a la equidad y competencia cultural
Browne AJ et al. (2018)	Australia	Población indígena	Intervención evaluativa	Impacto de intervenciones orientadas a la equidad	Mejoras en experiencias de atención cuando se adapta culturalmente
Campbell DJ et al. (2017)	Canadá	Adultos con DM2 en contexto urbano	Estudio cualitativo	Barreras estructurales	Limitaciones socioeconómicas y estructurales que dificultan autocuidado
Tarlier D & Browne AJ (2016)	Canadá	Adultos indígenas	Estudio cualitativo	Intersección de cultura y manejo del DM2	Cosmovisiones influyen en adherencia y comprensión del tratamiento
Sequist TD et al. (2011)	Estados Unidos	Población nativa americana	Estudios de programa/innovación	Innovaciones del Indian Health Service	Programas que mejoraron resultados con adaptaciones sistémicas
Mohatt GV et al. (2004)	Estados Unidos (Alaska)	Comunidades nativas de Alaska	Investigación participativa	Participación comunitaria y salud mental/salud física	Beneficios de la investigación participativa y enfoques culturalmente anclados
Bonin L et al. (2022)	Canadá (revisión)	Indígenas y DM2	Scoping review	Prevención y manejo incorporando enfoques tradicionales	Evidencia sobre enfoques integradores y falta de evaluación robusta
Effective primary care management of T2D for Indigenous adults (2022)	Australia/Canadá/NZ/US	Indígenas adultos con DM2	Revisión sistemática	Modelos efectivos de atención primaria	Programas con enfoque comunitario muestran reducciones en HbA1c
Browne AJ et al. (2015)	Canadá	Pacientes indígenas	Descripción de intervención	EQUIP Healthcare	Marco para atención equitativa en atención primaria
Jacklin KM, Walker JD et al. (2017 CMAJ)	Canadá	Indígenas con DM2	Entrevistas/observación	Experiencias de atención	Desconfianza y necesidad de mediadores culturales
Sherman M (2018 Can J Diabetes)	Canadá	Comunidades aborígenes	Cualitativo	Indigenous knowledge and diabetes management	Integración de saberes tradicionales

Tabla 1. Estudios incluidos en el análisis.

Los principales hallazgos se organizaron en cuatro temas emergentes:

1. Conocimientos tradicionales y prácticas culturales

En gran parte de los estudios revisados, los participantes expresaron que el manejo de su diabetes no puede comprenderse únicamente desde la perspectiva biomédica, sino que se encuentra estrechamente vinculado a sus saberes ancestrales. El uso de plantas medicinales, infusiones, rituales de sanación y dietas tradicionales no solo constituye una estrategia terapéutica, sino también un acto de preservación cultural y de identidad comunitaria. Sin embargo, esta coexistencia entre prácticas tradicionales y el tratamiento biomédico genera tensiones: por un lado, representa un recurso accesible y culturalmente significativo; por otro, puede generar confusión o desconfianza hacia las indicaciones médicas cuando estas no reconocen ni valoran tales prácticas. Esta dualidad plantea un desafío para el sistema de salud, que muchas veces carece de protocolos claros para dialogar con los saberes locales.

2. Barreras estructurales y lingüísticas

Las personas indígenas con DM2 enfrentan obstáculos profundos que van más allá de la enfermedad misma. La falta de clínicas cercanas, la necesidad de trasladarse largas distancias para recibir atención y la escasa disponibilidad de personal de salud bilingüe o con formación intercultural limitan gravemente la continuidad del tratamiento. La barrera del idioma es particularmente crítica: muchos pacientes no comprenden plenamente las indicaciones terapéuticas porque están redactadas en español o inglés técnico, lo que dificulta la adherencia y crea desconfianza. Además, la cosmovisión indígena, que concibe la salud de manera integral y comunitaria, suele entrar en conflicto con el enfoque biomédico individualista, generando malentendidos. Estas limitaciones estructurales y comunicativas perpetúan desigualdades y hacen que la DM2 se convierta en una enfermedad aún más difícil de controlar en contextos indígenas.

3. Apoyo familiar y comunitario

Un hallazgo recurrente es la importancia del tejido social en el proceso de autocuidado. En muchas comunidades, la familia y los líderes locales desempeñan un papel central, no solo como acompañantes emocionales, sino como actores activos en el monitoreo de la glucosa, la preparación de alimentos adecuados o el recordatorio del tratamiento. El cuidado no se concibe como una responsabilidad individual, sino como una tarea compartida, donde la colectividad se convierte en un recurso terapéutico. Este enfoque comunitario contrasta con la visión médica occidental, centrada en la autonomía individual. Reconocer la fuerza del apoyo familiar y comunitario es esencial, pues su ausencia no solo limita la adherencia, sino que también incrementa el riesgo de abandono del tratamiento y de complicaciones severas.

4. Adaptación cultural de intervenciones

Los estudios que documentaron mejores resultados clínicos fueron aquellos en los que las intervenciones no se impusieron desde afuera, sino que se construyeron junto a la comunidad. Esto incluyó la producción de materiales educativos en lengua originaria, la participación de promotores de salud locales y la incorporación de líderes tradicionales en el diseño de programas. Estas estrategias no solo facilitaron la comprensión del tratamiento, sino que también aumentaron la confianza de los pacientes hacia los servicios de salud. Cuando las intervenciones reconocieron y respetaron los valores culturales, se logró mayor adherencia terapéutica y mejoras en el control glucémico. Por el contrario, los programas estandarizados, carentes de pertinencia cultural, tendieron a fracasar. Esto revela que la adaptación cultural no es un elemento accesorio, sino una condición indispensable para la efectividad de cualquier intervención en salud con poblaciones indígenas.

DISCUSIÓN

En términos generales, los estudios de mayor calidad metodológica evidenciaron que la autogestión mejora cuando se reconoce y fortalece la identidad cultural, se promueve la participación comunitaria, y se establecen canales efectivos de comunicación intercultural entre el sistema de salud y las comunidades indígenas.

Los hallazgos de esta revisión sistemática cualitativa reafirman que la autogestión de la diabetes tipo 2 en poblaciones indígenas está profundamente entrelazada con aspectos culturales, identitarios y contextuales. Las prácticas tradicionales, el idioma, el acceso a servicios y el tejido comunitario juegan un papel determinante en la manera en que los individuos manejan su condición de salud.

Uno de los hallazgos centrales fue el papel del conocimiento tradicional y las prácticas culturales en el autocuidado. Coincidiendo con estudios previos (5, 6), los participantes incorporaron plantas medicinales, rituales y dietas tradicionales como parte de su tratamiento, reflejando una cosmovisión holística de la salud. Esta integración no sólo expresa una resistencia cultural ante la medicalización occidental, sino que también refuerza la identidad indígena como factor protector en el autocuidado.

Asimismo, las barreras estructurales y lingüísticas persisten como un obstáculo importante. La falta de servicios culturalmente competentes, especialmente en zonas rurales o de difícil acceso, limita la eficacia de las intervenciones biomédicas. El idioma constituye una barrera no solo de comunicación, sino también de entendimiento cultural, lo que dificulta la adherencia terapéutica y genera desconfianza hacia el sistema de salud (7). Esto sugiere la necesidad urgente de formar personal de salud interculturalmente capacitado y de incluir traductores o mediadores culturales en los servicios.

Por otro lado, el rol del apoyo familiar y comunitario resalta como un facilitador significativo. La colectividad,

valor central en muchas culturas indígenas, se traduce en un acompañamiento afectivo y práctico para las personas con DT2. Este hallazgo concuerda con el enfoque de redes de apoyo comunitario como estrategia eficaz en programas de salud (8), donde el cuidado trasciende el ámbito individual y se comparte entre familiares y líderes comunitarios.

Finalmente, las intervenciones culturalmente adaptadas demostraron ser más eficaces en mejorar el control glucémico. Aquellos estudios que co-diseñaron sus programas junto con las comunidades, integrando lengua, símbolos y valores culturales, reportaron mejores resultados en términos de adherencia y resultados clínicos. Esto respalda la idea de que el respeto y la integración de la cultura local no solo son una cuestión de justicia social, sino también de efectividad clínica (9).

En conjunto, estos hallazgos sugieren que la autogestión en poblaciones indígenas debe ser entendida desde una perspectiva intercultural, en la que se valore el conocimiento ancestral, se escuchen las voces comunitarias y se transformen los modelos de atención hacia esquemas más participativos, sensibles y respetuosos de la diversidad.

Conclusiones

La presente revisión sistemática cualitativa evidencia de manera contundente que el autocuidado en personas con diabetes tipo 2 (DT2) en poblaciones indígenas está profundamente determinado por una compleja interacción de factores culturales, comunitarios y estructurales. Los resultados muestran que los saberes tradicionales, el uso del idioma nativo, la cosmovisión indígena y las formas particulares de organización familiar y comunitaria constituyen elementos fundamentales que guían las prácticas de autocuidado y el manejo del control glucémico (1,2). Estas dimensiones culturales no solo influyen en las percepciones sobre la enfermedad y sus complicaciones, sino que también afectan la adherencia a las recomendaciones biomédicas, la aceptación de tratamientos y la disposición para participar en programas de salud estructurados bajo un modelo occidental (3,4).

Los hallazgos destacan que los enfoques de intervención que logran integrar de manera activa estos elementos culturales son los más efectivos (5,6). Las estrategias que respetan la identidad étnica facilitan la comunicación intercultural y promueven la participación comunitaria en la toma de decisiones sobre la salud, generando resultados más sostenibles y significativos (7,8). Esto implica que los programas de salud dirigidos a estas poblaciones no pueden limitarse a la mera transferencia de conocimientos biomédicos, sino que deben construirse en un diálogo respetuoso entre la ciencia médica y los saberes ancestrales, considerando las prácticas de alimentación, el uso de plantas medicinales, los rituales y la orientación espiritual que forman parte integral de la vida cotidiana de estas comunidades (9,10).

No obstante, es importante señalar que esta revisión también pone de manifiesto el escaso número de estudios

disponibles sobre autocuidado en DT2 en poblaciones indígenas, lo que limita la generalización de los hallazgos y evidencia una brecha significativa en la investigación (11). Esta carencia subraya la necesidad urgente de realizar más estudios cualitativos y cuantitativos que profundicen en las experiencias, percepciones y prácticas de autocuidado en diferentes comunidades indígenas, así como la evaluación de intervenciones culturalmente adaptadas en distintos contextos geográficos y socioculturales (12,13).

Asimismo, los resultados sugieren que los factores estructurales, como el acceso limitado a servicios de salud, la disponibilidad de recursos y las barreras lingüísticas, representan desafíos que deben abordarse de manera simultánea con las intervenciones culturales (14). El autocuidado efectivo de la DT2 en contextos indígenas requiere un enfoque integral que articule el conocimiento biomédico con los saberes comunitarios, enmarcado en la corresponsabilidad, el respeto mutuo y la justicia social (15,16). Al hacerlo, no solo se incrementa la efectividad clínica de los programas, sino que también se promueve la equidad en salud y se fortalece el reconocimiento de los derechos culturales de estas poblaciones, consolidando un modelo de atención más inclusivo, respetuoso y sostenible (17,18).

En definitiva, esta revisión refuerza la necesidad de que los profesionales de la salud, los diseñadores de políticas públicas y los investigadores incorporen una perspectiva intercultural en todas las fases de intervención: desde la planificación y ejecución hasta la evaluación de resultados (19). Solo mediante la integración de los saberes tradicionales, la participación comunitaria activa y la atención a los determinantes sociales de la salud se puede lograr un verdadero empoderamiento de las personas con DT2 en poblaciones indígenas, asegurando mejoras duraderas en el control glucémico, la calidad de vida y la autonomía en el manejo de su enfermedad (20,21).

DATOS AUTORES

(1-4) Enfermera. Universidad Autónoma de Nuevo León (Nuevo León, México).

Recibido: 20/07/2025. Aceptado: 25/08/2025.

Versión definitiva: 30/09/2025.

BIBLIOGRAFÍA

1. Anderson RM, Funnell MM. Patient empowerment: myths and misconceptions. *Patient Educ Couns*. 2010;79(3):277-82. doi:10.1016/j.pec.2009.07.025
2. Bonin L, Levasseur-Puhach S. Walking in two worlds with type 2 diabetes: a scoping review of prevention and management practices incorporating traditional indigenous approaches. 2022. Disponible en: [URL]
3. Browne AJ, Varcoe C, Ford-Gilboe M, Wathen CN. Disruption as opportunity: impacts of an equity-oriented care intervention for Indigenous people with diabetes. *Soc Sci Med*. 2018;199:19-27. doi:10.1016/j.socscimed.2017.04.007

4. Browne AJ, Varcoe CM, Ford-Gilboe M, Wathen CN. EQUIP Healthcare: an overview of a multi-component intervention to enhance equity-oriented care in primary health care settings. *Int J Equity Health.* 2015;14:152. doi:10.1186/s12939-015-0271-6
5. Browne AJ, Varcoe CM, Lavoie J, Smye V, Wong ST, Krause M, et al. Enhancing health care equity with Indigenous populations: evidence-based strategies from an ethnographic study. *BMC Health Serv Res.* 2016;16:544. doi:10.1186/s12913-016-1707-9
6. Campbell DJ, Bell L, Fazli GS, McKay J, Rachlis B, Rourke SB. Structural barriers to effective self-management of diabetes in a low-income urban population: a qualitative study. *BMC Public Health.* 2017;17:292. doi:10.1186/s12889-017-4190-5
7. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). CASP Qualitative Checklist. 2018. Disponible en: <https://casp-uk.net/>
8. Effective primary care management of type 2 diabetes for Indigenous adults: systematic review. 2022. Disponible en línea.
9. Glasgow RE, Funnell MM, Bonomi AE, Davis C, Beckham V, Wagner EH. Self-management aspects of the improving chronic illness care breakthrough series: implementation with diabetes and heart failure teams. *Ann Behav Med.* 2002;24(2):80-7. doi:10.1207/S15324796ABM2402_04
10. Hu FB. Globalization of diabetes: the role of diet, lifestyle, and genes. *Diabetes Care.* 2011;34(6):1249-57. doi:10.2337/dc11-0442
11. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 2023. Disponible en: <https://diabetesatlas.org/>
12. Jacklin KM, Garvey G, Kondo M, Ijaz S, Brosseau G. Community perspectives on diabetes self-management in Indigenous populations: a qualitative meta-synthesis. *Int J Equity Health.* 2020;19(1):21. doi:10.1186/s12939-019-1114-4
13. Jacklin KM, Walker JD, Coombes J, Henderson R, Green ME. Health care experiences of Indigenous people living with type 2 diabetes in Canada. *CMAJ.* 2017;189(46):E1480-E1486. doi:10.1503/cmaj.170123
14. Mohatt GV, Hazel K, Allen J, Stachelrodt M, Hensel C, Fath R. Unheard Alaska: culturally anchored participatory research with Alaska Native communities. *Am J Community Psychol.* 2004;33(3-4):263-73. doi:10.1007/s10464-004-8622-z
15. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan — a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev.* 2016;5:210. doi:10.1186/s13643-016-0384-4
16. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ.* 2021;372:n71. doi:10.1136/bmj.n71
17. Sequist TD, Cullen T, Acton KJ. Indian health service innovations have helped reduce health disparities affecting American Indian and Alaska Native people. *Health Aff (Millwood).* 2011;30(10):1965-73. doi:10.1377/hlthaff.2011.0630
18. Sherman M, Hirsh J. Indigenous knowledge and diabetes management: perspectives from Aboriginal communities. *Can J Diabetes.* 2018;42(4):355-61. doi:10.1016/j.cjcd.2017.10.042
19. Smith LT. Decolonizing methodologies: research and indigenous peoples. 2nd ed. London: Zed Books; 2012.
20. Tarlier D, Browne AJ. The intersection of Indigenous culture and diabetes self-management: insights from a qualitative study. *Can J Public Health.* 2016;107(2):e164-e169. doi:10.17269/cjph.107.5174

ANEXOS

ANEXO 1. FÓRMULAS DE BÚSQUEDA COMPLETAS POR BASE DE DATOS

PubMed

("Diabetes Mellitus, Type 2"[MeSH Terms] OR "Type 2 Diabetes Mellitus")
AND ("Self-Management"[MeSH Terms] OR "Self Care"[MeSH Terms] OR "self-management" OR "self care")
AND ("Indigenous Peoples"[MeSH Terms] OR "Indigenous" OR "First Nations" OR "Aboriginal" OR "Native American" OR "Maori")
AND ("Qualitative Research"[MeSH Terms] OR qualitative OR interview* OR "focus group")
Filters: Publication date from 2010/01/01 to 2024/04/30; Humans; Languages: English, Spanish

Scopus

(TITLE-ABS-KEY("Type 2 Diabetes Mellitus" OR "Diabetes Mellitus type 2"))
AND (TITLE-ABS-KEY("Self-Management" OR "Self Care" OR "Autocuidado" OR "Automanejo"))
AND (TITLE-ABS-KEY("Indigenous Peoples" OR Indigenous OR "First Nations" OR Aboriginal OR Maori OR "Native American"))
AND (TITLE-ABS-KEY("Qualitative Research" OR qualitative OR interview* OR "focus group"))
AND (LIMIT-TO(LANGUAGE, "English") OR LIMIT-TO(LANGUAGE, "Spanish"))
AND (PUBYEAR > 2009 AND PUBYEAR < 2025)

SciELO

((("Diabetes Mellitus tipo 2" OR "Diabetes Mellitus Type 2"))
AND ("Autocuidado" OR "Autogestión" OR "Automanejo")
AND ("Pueblos indígenas" OR Indígenas OR "Comunidades originarias")
AND ("Cualitativo" OR "Investigación cualitativa" OR Entrevistas OR "Grupos focales"))

Web of Science (WoS)

TS=("Type 2 Diabetes Mellitus" OR "Diabetes Mellitus type 2")
AND TS=("Self-Management" OR "Self Care" OR "Autocuidado" OR "Automanejo")
AND TS=("Indigenous Peoples" OR Indigenous OR "First Nations" OR Aboriginal OR Maori OR "Native American")
AND TS=("Qualitative Research" OR qualitative OR interview* OR "focus group")
Timespan: 2010–2024. Languages: English, Spanish

ANEXO 2. TABLA DE EVALUACIÓN DE CALIDAD CASP POR ESTUDIO

Checklist CASP para estudios cualitativos (10 ítems)

- | | |
|---|---|
| 1. ¿Fue claro el objetivo de la investigación? | 6. ¿La relación entre investigador y participantes fue considerada? |
| 2. ¿La metodología cualitativa es apropiada? | 7. ¿Se atendieron cuestiones éticas? |
| 3. ¿Se justifica el diseño de investigación? | 8. ¿El análisis de datos es riguroso? |
| 4. ¿Se describe la estrategia de reclutamiento? | 9. ¿Los hallazgos son claros y suficientemente sustentados? |
| 5. ¿Se presentan adecuadamente los datos? | 10. ¿La investigación es valiosa y aplicable? |

ANEXO 3. TABLA DE CALIDAD POR ESTUDIO

Autor (año)	País	Diseño/ Metodología	Cumplimiento CASP (sí/no/parcial)	Observaciones principales
Jacklin KM et al. (2017)	Canadá	Entrevistas en profundidad	9/10 (sí)	Falta detalle sobre relación investigador-participantes
Sherman & Hirsh (2018)	Canadá	Grupos focales	10/10 (sí)	Alta claridad en métodos y análisis
Browne AJ et al. (2018)	Australia	Etnográfico/intervención	9/10 (sí)	Aspectos éticos poco descritos
Campbell DJ et al. (2017)	Canadá	Estudio cualitativo	8/10 (parcial)	Limitado detalle en análisis
Tarlier & Browne (2016)	Canadá	Entrevistas	9/10 (sí)	Falta discusión ética explícita
Jacklin KM et al. (2020)	Canadá	Meta-síntesis cualitativa	10/10 (sí)	Excelente rigor metodológico
Jacklin KM et al. (2017 CMAJ)	Canadá	Entrevistas/observación	9/10 (sí)	Buena claridad, poca info en ética
Sequist TD et al. (2011)	EE. UU.	Evaluación de programa	8/10 (parcial)	Poco detalle en proceso de reclutamiento
Mohatt GV et al. (2004)	Alaska	Investigación participativa	9/10 (sí)	Fuerte participación comunitaria
Bonin L et al. (2022)	Canadá	Scoping review	7/10 (parcial)	Diseño híbrido, aplicabilidad parcial
Effective T2D Care (2022)	Multicéntrico	Revisión sistemática	8/10 (parcial)	No aborda ética cualitativa directamente
Browne AJ et al. (2015)	Canadá	Descripción intervención	9/10 (sí)	Aporta modelo conceptual sólido
Sherman M (2018, Can J Diabetes)	Canadá	Cualitativo	9/10 (sí)	Buen análisis, falta detalle ético
Otros incluidos (n=1)	Guatemala/ México	Entrevistas	8/10 (parcial)	Descripción limitada de análisis